UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
- Biblioteca

Año XI • No 14

LIMA, ABRIL-JUNIO 1952

MEDICINA SOCIAL

Director: G. DELGADO BEDOYA

Redactores: LUIS A. UGARTE
MANUEL NUÑEZ BUTRON
CARLOS BENITES B.
VICTOR MORALES D.

Aparece cada 3 meses

DELINCUENCIA INFANTIL

PALABRAS AUTORIZADAS

El Doctor Luis A. Guerra, en "Observaciones acerca de la delincuencia de menores en Lima, inserto en "Servicio Social" Nº 8. Dic. 1950. Dice:

Pero hay casos en que los guardadores del niño son personas vencidas en la lucha por la vida; son personas que a su vez necesitan protección de la sociedad. Si la sociedad no los ampara, es hasta cierto punto coopartícipe de las consecuencias. Entre estas, una dolorosa consecuencia es la delincencia de menores, de cuyo incremento o decremento, puede ser responsable la sociedad...

"Dos son entonces las cuestiones que planteamos con las anteriores, a saber: Las del conocimiento de los actos delictuosos de los niños y, en segundo lugar, poniéndonos en el caso de que los menores fueran delincuentes. ¿hasta qué punto sería legítimo que la sociedad los mate? Si Caín no debía ser muerto ¿por qué deben serlo los niños trasgresores de la Ley? ¿Estamos seguros que las medidas de represión de la delincuencia de menores no matan a los niños? ¿La estada de un menor en un reformatorio no ocasiona la muerte moral del menor? No se ha probado hasta ahora que las medidas represivas rehabiliten social y espiritualmente a los menores delincuentes en todos los casos. Por eso, cabe plantear que sería más aconsejable acrecentar el uso de las medidas preventivas de la delincuencia de menores ya que estas por lo general son siempre benéficas en sus consecuencias".

Doctor Gustavo Machado, en "Factores Sociales como causas comunes de mortalidad y abandono infantiles", Caracas, 1950 dice: "Suprimiendo los niños en estado de abandono moral y material, diagnosticando y tratando a los anormales mentales, hacemos desaparecer las dos principales causas de la delincuencia infantil.

Para el delincuente, la sociedad ha suprimido el concepto de la represión: no le importa el delito, le interesa el niño que lo ha cometido. A él hay que estudiarle, tratar de descubrir el conjunto de factores endógenos o exógenos que lo condujera a ponerse en pugna con la sociedad y una vez descubiertas las causas hay que tratarle. La terapéutica es médico-pedagógica"...

Neptalí Zúñiga, notable intelectual ecuatoriano, en "LOS NIÑOS SIN HOGAR", dice: "Escribo para el educador que ama al niño pobre, que se debe a él y que trabaja con su espíritu agotado. Mi libro es para todo maestro que se inquieta por los harapos y la miseria de sus aulas, buscando en esa dulce y eterna inquietud mejoramiento de raza, mejoramiento humano"...

En otro párrafo escribe: "El trabajo continuo de hombres y mujeres por llenar las elementales necesidades de la vida, rompe la armonía del hogar, diluyéndose paulatinamente el calor de vida de la familia. Los hijos quedan abandonados a si mismos y a las funestas influencias de la calle. Empieza el crecimiento en el arroyo del vicio y del descuido. El hambre, las necesidades y la libertad les conduce fatalmente a ciertos hurtos, agresividad, ataque al pudor".

(Pasa a la Pág. 3).

MAESTRA

DESCARTADO DE LA COLECCION
U. P. C. H. BIBLIOTECA

SRTA. PROFESORA ELVIRA GARCIA Y GARCIA

No es incompatible con la línea principista de "MEDICINA SOCIAL" que incorpore en su galería de figuras notables a la gran educadora Srta. Elvira García y García, porque en esta nueva orientación médica, que va hacia la colectividad, al lado del médico cumple trascendente labor el maestro, en la acepción más elevada de la palabra.

Elvira García y García, no limitó sus estudios a los de rutina para ejercer su magisterio, ella avanzó hacia el campo sociológico, prodigándose para elevar el nivel cultural del pueblo.

Enseñó y educó, realizando notable obra.

Sin los estudios médicos de María Montessori adquirió conocimientos de psicología higiene, social y del trabajo, para abordar los variados problemas que se vinculan con esas disciplinas científicas, e incursionó con exitó en el problema madre-niño.

Vivió capacitándose pero, generosa, no guardó para sí, esa cultura sino la difundió a todo aquel que se le acercara.

(Pasa a la Pág. 19).

La Asociación Médica Peruana, Daniel A. Carrión, su origen y trascendencia

En la reunión del 15 de octubre de 1930 se formó un Comité provisional presidido por el doctor Gabriel Delgado Bedoya e integrado por los siguientes miembros; doctores Juan A. Werner, Pedro Baldeón, Luis A. Ugarte, Enrique Navarrete, Alex Higginson, Ricardo Angulo H. Bravo Otayza, Ov. García Rosell, Luis Mármol, César Gordillo Zuleta, Carlos Alvarado Garrido, Miguel Angel Delgado, Max Espinoza Galarza, Rogelio Llanos, Héctor Villa Garcia, José Arias Schreiber, Eulogio Colichón, J. B. Lastres, Humberto Cánepa, Ismael Balbin, Luis Cademártori, y C. Llerena.

Este Comité provisional tomó a su cargo la elaboración de los Estatutos de la nueva Institución, acordándose que tuviera el sistema de Secretarías, evitándose el decorativo cargo de presidente (Dr. Bravo Otayza).

Las dos primeras sesiones se efectuaron en la Unión Fernandina y Centro de Estudiantes de Medicina" la tercera en la Sala de Actuaciones del Hospital "Dos de Mayo" cedida amablemente por el director doctor Abel S. Olaechea; y mientras se tuvo el local de la calle Polvos Azules 188 (casa "Astete"), las reuniones se celebraban; en las mañanas, en el Servicio Santa Ana, a cargo del doctor Belisario Manrique. maestro y amigo, en el que trabajaba Miguel Angel Delgado, y en las noches en los consultorios de algunos de la Directiva. (Fano 876, Ortiz y Quilca).

Después de paciente y seria labor, que permitió amplia deliberación, para formular los Estatutos se dió término a estos obteniéndose una estructura muy original y de extraordinaria amplitud gremial y social.

Cuando, terminados los Estatutos y aprobados por la Asamblea fuimos a solicitar el reconocimiento oficial de la Institución que cumplía los requisitos reglamentarios el Director de Salubridad dependiente de Ministerio de Fomento, lo objetó manifestando la necesidad de formar una institución de mayor amplitud, terminando la entrevista con las palabras de protesta del Secretario General —Pocos meses después, mayo 1931— fué reconocida la Institución.

Mientras nos ibamos fortaleciendo y ganabamos adherentes de calidad entre nuestros maestros, dirigentes de la época anterior nos combatían tenazmente y trataban de desviar la atención de los médicos hacia una Federación Médica aprovechando del Centenario de la muerte de Unánue (1933). Nos hicimos representar en esa oportunidad seguros de nuestra posición fallando el plan que se había tramado en contra de la nueva Institución.

La Asociación Médica Peruana Daniel A. Carrión ya había celebrado su primera Comida de camaradería que fué de gran resultado por su calidad y número de los médicos asistentes. En esta vez, se intentó una simbiosis de la Asociación con el Sindicato que había muerto, pero no se halló ambiente y logramos nuestro primer triunfo, el segundo fué con la pretendida Federación Médica.

La Asociación Médica Peruana, ya estaba resonando en el exterior. En Chile Jorge Arce, que había viajado a Santiago a seguir estudios médicos recibe el primer anhelo de los médicos chilenos de la época, que como nosotros sentían propósitos de unidad.

G. Delgado Bedoya, fué el intermediario y juntamente con Juan Werner que dirigía la Institución se auspició la venida a Lima de una Misión chilena presidida por el hoy notable neuro cirujano Alfonso Asenjo e integrada por el Dr. Salvador Lorca, y los odontólogos Hoffman y Rizo Patrón.

Debidamente atendidos los delegados chilenos durante 16 días de estadía en Lima retornaron a su patria después de una inolvidable despedida en el Cautin. Así se estrechó el intercambio científico con los colegas del sur.

* * *

ARTICULO DE PROPAGANDA DE OCTUBRE DE 1930

Cristalizando un hondo anhelo de agremiación, un numeroso grupo de profesionales médicos han establecido las bases de una institución que colocan bajo la égida del martir del nacionalismo médico peruano Daniel A. Carrión a quien, aun no se ha honrado debidamente apesar de existir votos de congresos extranjeros, para inmortalizarlo en el bronce. Carrión ha vuelto a aparecer en el escenario de la vivientes, por la feliz idea de los jóvenes médicos.

Esta nueva institución cuyas bases son las más avanzadas y amplias, aspira a realizar una verdadera obra científico-social, a la vez que cuida de la seguridad de sus asociados. Esta faz del problema médico profesional no había sido tomado en

(Pasa a la Pág. 14)

SUMARIO Nº. 14

PORTADA: Srta. Elvira García y García.

DELINCUENCIA INFANTIL.

EDITORIAL: Estudiantes sin Sentido Solidario.

LA ASOCIACION MEDICA PERUANA "Daniel A. Carrión".

ANTENA MEDICA. El Prof. Mackehenie cumplió 50 años de Médico.
Sucesos Médicos.
Nuevo Director del Hospital "2 de Mayo".

ARTICULOS ORIGINALES.
Problemas Médicos del Matrimonio.—Prof. Dr. Hermilio Valdizán.
Transcripción.—
Inmunidad en Tuberculosis.—J. Arthur Myers.

LA GRAN CRUZADA SANITARIA DEL ALTIPAMPA.

APOSTILLAS MEDICAS.—Dr. Mardel.

BURLA BURLANDO.—Las ocurrencias de Dn. Eustaquio.

Necrología.—Dr. Juan A. Werner.

CASILLA
CORREO 2131
LIMA - PERU

Precio: S/. 3.00

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

MEDICINA SOCIAL

Año XI || Lima, Perú. Abril - Junio, 1952 || Nº 14

EDITORIAL

Estudiantes sin sentido solidario

El estudiante de medicina se ha caracterizado por su hondo sentimiento de unidad.

Desde la época lejana de la "Unión Fernandina", hasta la última de la fusión de la citada con el Centro de Estudiantes de Medicina el fernandino alentaba y luchaba por su unidad.

No vamos a reseñar todo lo que significa a la cultura médica nacional, esa conjunción de inquietudes de los estudiantes y de los médicos de aquellas épocas.

Desgraciadamente, hoy, es motivo de doloroso comentario la suerte seguida por la "Unión Fernandina" y "Centro de Estudiantes de Medicina" que han desaparecido ante la indiferencia de sus obligados guardadores. ¿Es que se ha vuelto innecesario el organismo que une y alienta al estudiante de medicina? ¿Es posible pensar que dispersos y enfrentados se puede hacer obra perdurable? ¿Cuál es el espíritu que agita al estudiante de medicina actual?

Será, cualquiera otro, pero, menos el que conduce a la cohesión y superación estudiantil.

Cabe, ahora preguntar, ¿cuáles son los factores que han concurrido al actual estado de aislamiento egoísta del nuevo fernandino?

Dejamos a nuestros lectores hacer el exámen retrospectivo de la vida de San Fernando y hasta les agradeceremos nos remitan sus puntos de vista, para ver si coinciden con los nuestros.

Queremos, al tratar este asunto, de suyo delicado, despertar la atención de médicos y estudiantes de medicina ante la situación existente que perjudica a la tradición médica peruana.

No se puede permanecer indiferentes ante la actual situación del estudiante de medicina porque ellos tienen en sus manos el destino de la medicina del futuro, que siempre la hemos defendido para que sea consecuente con su glorioso pasado.

Los médicos que profesan la medicina, lejos del interés económico, por su grandeza como ciencia y servicio social y como una elevada disciplina del espíritu deben decir su palabra y prestar su contingente para enmendar el rumbo que siguen las nuevas generaciones fernandinas, individualistas, sin sentido de solidaridad, sentimiento que es fundamental en el verdadero médico.

Una vez más, recordamos a Hermilio Valdizán, que reclamaba para los estudiantes de medicina condiciones de selección espiritual que mantuvieran creciente el prestigio de la medicina peruana.

DELINCUENCIA INFANTIL...

(Viene de la Pág. 1).

CLODOALDO ESPINOSA BRAVO, prestigioso intelectual peruano nos escribe: "Aplaudo, sin reservas, la actitud de "M.S.", frente al Problema de nuestro niño: "Delincuencia Infantil" y "La Tragedia del Niño", denuncian una tremenda realidad social inocultable. De no reconocerlo así sería ir contra la esencia de la misma PERUANIDAD. Ya es tiempo de abrir la Batalla pertinaz por la dación del Código del NIÑO, y, aun, por la creación del Ministerio de la Infancia. Es imperativo de los Estados, asegurar su porvenir salvando su mejor capital irreemplazable: el NIÑO".

ANTENA MEDICA

EL PROF. Mackehenie cumplió 50 años de Médico

El 31 de mayo último celebró sus Bodas de Oro profesionales el prestigioso investigador y culto médico doctor Daniel Mackehenie.

No hace falta que relievemos ante el gremio médico, la personalidad del Prof. Mackehenie. Ella se destaca con singulares caracteres exhibiendo su alta calidad intelectual y moral.

Es uno de aquellos selectos espíritus que viven sin estruendo, elevándose sobre la masa anónima.

Nosotros lo conocimos desde estudiantes, recibimos sus hábiles directivas y muchas veces nos halagamos con su charla amena y substanciosa.

Entrañablemente unido al brillante médico, Hermilio Valdizán, sólo él pudo vencer su humildad, tan propia de los hombres superiores, y llevarlo a la Cátedra de Anatomía Patológica, en la Facultad de Medicina de Lima.

Mackehenie formó con la pleyade de investigadores de la verruga peruana: Barton, Arce, Ribeyro, Rebagliatti, Weiss, entre muchos otros haciendo trabajos en colaboración con investigadores extranjeros, Rocha Lima, principalmente.

"El Mesenquima en la Enfermedad de Carrión", fué el trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina, que significa valioso aporte a la hemopatología de la verruga peruana.

Fervorosos admiradores del médico peruano, lumbre brillante de la medicina lo saludamos en este día que conmemora su iniciación médica, formulando votos por su bienestar.

* * *

SUCESOS MEDICOS

Mayo y Junio han sido meses en que se ha manifestado inquietud médica, desde el aspecto gremial.

Después de la Asamblea de la Asociación de Médicos del Hospital "Dos de Mayo" para tratar de la vacante dejada en el Servicio Santa Rosa de ese hospital, a la muerte del doctor Werner y cambiar ideas con relación a los pre-candidatos a la presidencia de la Federación de Medicos. otros graves acontecimientos han sacudido el ambiente médico

(Pasa a la Pág. 13)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Problemas Médicos del Matrimonio

Prof. Dr. Hermilio Valdizán

(Continuación)

LA TUBERCULOSIS

Ha sido un cultísimo médico peruano, el Dr. Rómulo Eyzaguirre, que ha llamado a Lima "La ciudad más tuberculosa" del planeta. Y todos ustedes saben, por sus informes y por sus lecturas, con cuanta justicia ha procedido al llamarla así.

El mismo Dr. Eyzaguirre y algunos distinguidos colegas: el Dr. Francico Graña, el Dr. Abel S. Olaechea, el Dr. Enrique León García, ya les han dado a conocer a ustedes, en estudios de grandísimo valér, qué es la tuberculosis, cómo se contrae y cómo se evita y también les ha hecho saber a ustedes cómo es la herencia del tuberculoso.

El hecho de esta propaganda antituberculosa a la cual hasta yo he contribuído modestamente, escribiendo con el Dr. Monje las primeras cartillas populares publicadas en Lima al inaugurarse el "Centro Universitario", me economizan entrar en los detalles de la cuestión.

Quiero si recordarles que no llega la ciencia médica de ustedes, esa a la cual he aludido inocentemente en alguna ocasión (1), a diagnosticar la tuberculosis con la facilidad relativa y la preciosa oportunidad con que puede diagnosticarla un médico.

Ya les he dicho —y no he de insistir—el tipo de tuberculoso que ustedes conciben. Y ya les he dicho que en ese tipo ustedes solo contemplan un período terminal de la enfermedad.

¿Se hereda la tuberculosis? Formulada la pregunta en estos términos, cabe una respuesta negativa. Pero no tomarla con aires de triunfo y como arma para combatir mis pobres argumentos. No se nace tuberculoso; pero se nace tuberculizable, mejor debiéramos decir hipertuberculizable ya que todos somos, tuberculizables o sea susceptibles de contraer la tuberculosis.

En el siguiente caso, vemos la aplicación más legítima de la definición que de la herencia dá el Prof. Tailleur y que ya les he indicado.

Una madre tuberculosa pone en el mundo un pequeño, tuberculizable. El infeliz, bebé está encerrado en la prisión de una tuberculización inminente: Imaginémos el caso más favorable para el prisionero: que haya alguien empeñado en libertarlo. Imaginemos que ese complice sea un médico, un especialista en medicina infantil un pediatra. Pués bien ese médico, que para ser un buen pediatra debe ser un corazón de oro, debe, entre otras cosas establecer la separación de la madre enferma y del hijo en peligro de enfermarse. El niño crecerá como flor de invernadero, lejos de su hogar que es un verdadero foco de infección para él. Y se libertará de la tuberculosis, pero; a que precio ha pagado su libertad!...

(*) H. Valdizán, "Nuestra Medicina Popular".—1909.

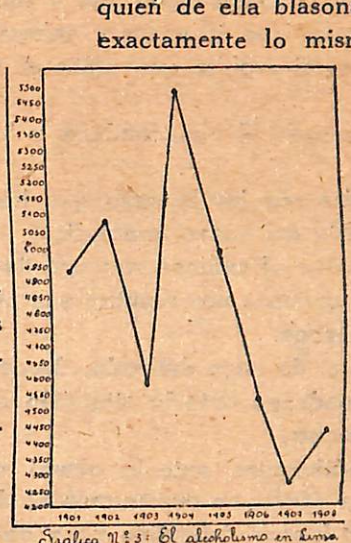
EL ALCOHOLISMO

No necesitaban ustedes de la gráfica Nº 3, que expresa el número de individuos alcoholizados que la policía de Lima secuestra cada año, para estar convencidos que nuestra ciudad de los reyes no tiene derecho a contarse en el número de ciudades temperantes.

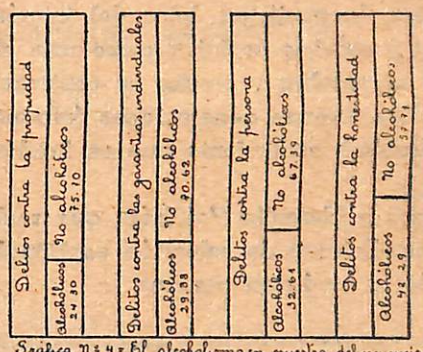
Tampoco necesitaban de la gráfica Nº 4 que expresa la proporción de delitos cometidos en estado de embriaguez, para estar ciertos de la perniciosa acción de los hábitos alcóholicos en la determinación de las acciones delictuosas. Pero les he ofrecido ambas gráficas trazadas según las cifras de un estudio mío, para recordarles ambos hechos y gastarme en líneas lo que puedo economizarme en palabras. Ustedes juzgarán, como gusten, este sistema de ahorro. Porque ustedes conocen, también como yo, la extensión del alcholismo entre nosotros, no les diré una novedad al decirles que el lenguaje familiar ha clasificado a nuestros alcoholistas y, precisa declararlo, ha clasificado bien.

..El "aficionado" es el alcoholista de ocasión: es aquel q' solo bebe en las grandes fiestas de la familia y de los amigos. No es un visitante asiduo de las cantinas y de los bebederos enmascarados de confiterías; pero ello no quita que con ocasión de un cumpleaños, beba hasta embriagarse. No niega su afición; pero declara satisfecho que solo bebe "a la muerte de un arzobispo". Desgraciadamente para nuestro hombre mueren muchos arzobispos por año.

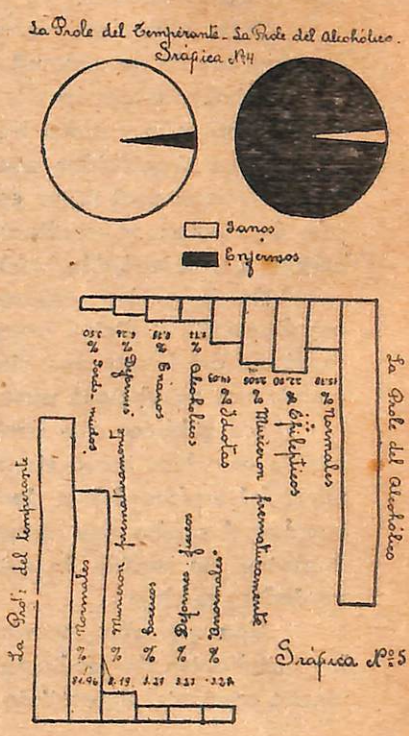
El **"moderado"** es el buen señor ordenado y metódico que se bebe 250 gramos de vino en cada alimento, un par de **cocktails** antes de los mismos y unos sorbos de **Chartreuse** antes de encender el cigarrillo. El hecho de esta discutible "moderación" no impide a quien de ella blasona, llegado el caso, hacer lo mismo exactamente lo mismo, que el "aficionado".



Gráfica Nº 3: El alcoholismo en Lima (1901 - 1908)



Gráfica Nº 4 - El alcoholismo en nuestra delincuencia



Gráfica Nº 5

Y, por último, el "consetudinario" de la Crónica de nuestros periódicos y de la crónica, aún mejor informada de nuestros corrillos de casa y de club. Es el infeliz cuya alcolización data siempre del día anterior.

El novio alcóholico no es peligroso por la ocultación de su vicio; lo es por el concepto que éste vicio merece a quienes deben juzgarlo.

Hay en todos nosotros, en todos nuestros labios una frase hecha, que expresa el más absoluto desprecio por el jugador y por el alcohólico; pero, al menos por cuanto respecta al segundo, esa frase no es expomente de una convicción.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

— Toma sus copitas, pero no es borracho.
—¿Ud. lo ha visto cayéndose?
— ¿Ha dormido alguna vez en alguna comisaría?

Todas éstas expresiones no son inventadas por mí; las he recogido de nuestras expresiones familiares y las he recogido por que expresan una tolerencia que implica una verdadera y vergonzoza complaecncia.

Para que un alcohólico "aficionado". "moderado" o "consetudinario" sea el generador de una prole enferma, física y psíquicamente, sobre todo psiquicamente, no es menester que ese desventurado se caiga por las calles y duerma en las casas de policía.

¡Cuántas veces en los Asilos italianos y suizos para "niños anormales", haciendo la historia de los desventurados pensionistas, no hemos hallado otro antecedente que el alcoholismo "moderado" de los padres!...

Por lo demás esta exagerada benevolencia para juzgar al alcoholismo no es otra cosa que un exponente del culto que nuestra sociedad, presuntuosa de cultura, rinde cínicamente al alcohol.

Como si no dispusiéramos de un número infinito de elementos, concedidos por la naturaleza y por la industria, para expresar nuestras emociones, claudicamos de ese dominio buscando en el fondo de una copa una palabra de alegría y una de consuelo, una de cordialidad y una de aliento, una de protesta y una de ultraje.

Hace algunos años en un Congreso antialcohólico, celebrado en Viena, el Dr. Bezzola declaraba que de 9,000 idiotas revelado por el Censo de Suiza en 1,900 una inmensa mayoría de ellos habían sido concebidos en los meses de vendimia y de carnaval, en los cuales crece enormemente el consumo del alcohol. Y, sin embargo, el champagne, un alcohol como otro cualquiera, es número obligado del programa de una boda. En el matrimonio de la más infeliz pareja se bebe "una copa de champagne por la ventura de los desposados". Muchas veces esta copa se multiplica como los panes y los peces del milagro bíblico y muchas veces los novios llegan al santuario del amor cuando aun no se han disipado los vapores del licor aristocrático...

Morel, el célebre alienista a quien tanto deben la psiquiatra clínica y la asistencia de alienados, había declarado teniendo a la vista importantes documentos, que las familias de alcohólicos se extinguían a la cuarta generación, después de presentar todas o casi todas las degeneraciones.

El profesor americano Hodge ha sometido a experimentación dos parejas de canes, con el objeto de estudiar la acción del alcoholismo sobre la prole. Al primer matrimonio canino le suministró cantidades moderadas de alcohol, dejando al segundo en sus naturales condiciones de abstinencia alcohólica. Cada una de las parejas tuvo, en el período de la experimentación, tres alumbramientos. La pareja alcoholizada tuvo veinte vástagos, de los cuales:

Nacieron muertos	7
Mal conformados	9
Normales ..'	4

La pareja temperante tuvo 16 cachorros, de los cuales fueron 15 normales y uno solo mal conformado.

Esta experiencia de laboratorio, cruel como muchas de aquellas a las cuales debemos los más admirables progresos de la ciencia, no se puede repetir en el hombre; pero la observación se ha encargado de llenar ese vacío y ha sido así como han podido reconstituirse los árboles genealógicos de los alcohólicos. Yo les ofrezco a ustedes dos de estos cuadros dolorosos de herencia, trazados según cifras del Dr. Lengrain. Ellos son bastante sencillos para que necesiten explicación alguna; pero no son —ni con mucho— los más tenebrosos que pudiera ofrecerles a ustedes...

El Prof. Densme de la Universidad de Berna, ha parodiado la experiencia de Hodges. observando la prole de dos grupos de diez familias, el primero de bebedores y el segundo de temperantes.

El grupo de las diez familias alcohólicas ha tenido 57 niños, de los cuales:

Murieron prematuramente	12	21.05 %
Fueron idiotas	8	14.03 "
Fueron epilépticos	13	22.80 "
Fueron afectos de deformidad física	3	5.26 "
Fueron sordo-mudos	2	3.50 "
Fueron alcohólicos. epilépticos y coréicos	5	8.77 "
Fueron enanos	5	8.77 "
Sanos de cuerpo y espíritu	9	15.78 "

El grupo de las diez familias temperantes ha tenido 61 niños, de los cuales:

Murieron prematuramente	5	8.19 %
Fueron coreícos	2	3.27 "
Fueron deformes	2	3.27 "
Fueron "deficientes" o "anormales"	2	3.27 "
Fueron sanos de cuerpo y espíritu	50	81.96 "

A étas cifras corresponden las gráficas 5 y 6.

Para terminar permítanme ustedes citar un párrafo del Dr. Chatelain. Es un fragmento de un libro que lleva por título "Le Bonheurdomestique" (1). El libro es obsequiado por los oficiales del Estado Civil en Neuchatel a todos los nuevos esposos que acuden a documentar su matrimonio.

El párrafo dice así:

"El alcoholismo tiene de espantoso el no arruinar tan solo, física y moralmente, al bebedor mismo, sino aun a su descendencia en la cual se constata un número grandísimo de bebedores, idiotas, imbéciles, alienados, epilépticos y criminales, todos condenados desde su nacimiento y por su nacimiento, al hospicio o al presidio. Y es el bebedor el que condena a semejante castigo a sus hijos, inocentes víctimas de una falta que no han cometido".

(*) Edit.—Delachaux.— Neuchatel.

(Continuará)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Inmunidad en Tuberculosis

APORTE A LA VACUNACION CON B.C.G. EN NUESTRO MEDIO

Nada nos ha parecido más útil, que la oportunidad que nos brinda "MEDICINA SOCIAL", para publicar en sus columnas la traducción que hemos hecho del extenso artículo de MYERS, inserto en "The Journal of American Medical Association", (No. 16 de 18 de Agosto de 1951), que trata de un tema de toda actualidad entre nosotros, cual es, la vacunación de nuestra infancia con el B.C.G.; de esa infancia a la que, como médicos y peruanos, debemos proteger de la tuberculosis.

Efectivamente, desde hace muchos años, no hay en Medicina Preventiva nada tan controvertido y sujeto a acalorados debates que lo tocante a la Vacuna Calmette Guerin, pese a los datos y cifras estadísticas favorables que, de tarde en tarde, vemos en la literatura médico científica. Todos los países del mundo no están, aún, de acuerdo en que la vacunación de la infancia y juventud con el B.C.G., constituye un medio eficaz de lucha antituberculosa; muy por el contrario, a raiz, precisamente, de las observaciones que van haciéndose a diario en las colectividades donde se le ha empleado y por los resultados inmediatos y alejados que van obteniéndose, surgen de más en más sus contradictores, no solo en lo relativo a su uso en las agrupaciones humanas sino, también y con mayor abundamiento, en lo relacionado con los rebaños de ganado.

Entonces, los juicios emitidos por Myers, después de treinta años de trabajos y observaciones, nos vuelve más escépticos que nunca, porque nos hace ver al bacilo Calmette-Guerin como un tremendo peligro, más que como una protección, para nuestra infancia que, mas tarde, ha de constituir la población útil y productiva de nuestra nacionalidad.

Cabe, pues, preguntarse con sinceridad: ¿Es que al aplicar extensamente el BCG. estamos realizando una verdadera labor científica de prevención y protección contra la tuberculosis o estamos sensibilizando, en masa, a seres humanos que más tarde van a contribuir al aumento de nuestras cifras de enfermos tuberculosos, agravando el gran problema social que actualmente gravita en todos nuestros medios?.

Raúl B. GUERRA

INMUNIDAD EN TUBERCULOSIS

J. ARTHUR MYERS

Médico a cargo de la Clínica de enfermedades del tórax, del Servicio de "Salud de los Estudiantes de la Universidad de Minnesota — Jefe del Servicio de Tuberculosis del Hospital General de Minneapolis. — Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública. — Médico de los graduados de la Universidad de Minnesota y Minneapolis.

Puesto que la inmunidad contra la viruela está establecida por medio de la vacuna, ¿porqué no lo está contra la tuberculosis? Es la pregunta que Koch se hacía en 1882 y que nosotros nos la hacemos ahora, en 1950.

Literalmente, veintenas de médicos han pensado afanosamente en la respuesta.

Ningún microbio patógeno ha decepcionado, respecto a la inmunidad, tan a menudo, continua y completamente, como el bacilo tuberculoso.

HISTORIA Y PASADO EXPERIMENTAL

En 1920 y 1921, fuí destinado a empresas que me ofrecían ilimitadas oportunidades para estudiar la tuberculosis en todos los estadios de su desarrollo. Una de las empresas, fué concerniente a la Ayuda de la Organización y dirección del Control de la Tuberculosis en los estudiantes de la Universidad de Minnesota; la otra fué, en el Programa de Control de la Tuberculosis en todas las escuelas de niños de Minneápolis. Participé, también en otras empresas que incluían a personas de mayor edad que la de los universitarios y aún otras del período senil

La literatura ha revelado numerosas tentativas para inmunizar contra la tuberculosis. Así, agentes llamados inmunizantes fueron extraídos del bacilo muerto por varios métodos, tales como el calor, los rayos de luz y los lípidos solventes. Algunos investigadores publicaron aparentes éxitos pero, últimamente, han fracasado todos.

La tentativa de vacunación con bacilos vivos virulentos y atenuados, fué iniciada por Cavagnis en 1836. Antes de finalizar el siglo XIX, varios otros desarrollaron actividades en este campo. En 1902, Von Behring administró a terneras, por vía intravenosa, bacilos tuberculosos vivos, de tipo humano, que tenían su virulencia grandemente atenuada para la cobaya. Las inoculaciones con

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

esta vacuna bovina, parecían conferir definitiva resistencia al bacilo tuberculoso virulento. Su empleo fué recomendado para gran número de ganado de muchas naciones y su uso se hizo obligatorio en algunas provincias de Europa. Las pretensiones de Von Behring, fueron tan convincentes, que el gobierno alemán mandó construir un gran Instituto en el que se hizo la vacuna para su amplia distribución en el mundo.

El tiempo previsto para la aparente resistencia, producida por esta vacuna, fué de corta duración, e insuficiente para ser de valor práctico. Numerosos investigadores, tomaron parte en estos estudios, incluyendo a Koch, Neufeld, Meissner, Heyman, Kleimmer, Arloing y Teobaldo Smith, quienes buscaron modificar el método de Behring tratando de hacerlo efectivo.

Calmette y Guerin, trabajando con bacilos bovinos virulentos que Nocard había aislado de la ubre de una vaca tuberculosa (1902), observó que estos brotaban en un medio especial. Desde luego, su virulencia les fué disminuida progresivamente, a tal punto que dosis considerables parecían no causar daño a las terneras, por lo menos, hasta 18 meses, después, de la inoculación. A su vez, las terneras inoculadas manifestaron resistencia al bacilo tuberculoso virulento. En 1921, Calmette llamó a este microbio, B.C.C. (Bacilo Calmette Guerin) y en 1924, lo declaró como "virus fijo".

En 1920, cuando comenzamos nuestros trabajos, todos los experimentos previos destinados a obtener la inmunidad artificial, habían fracasado. Sin embargo, desorbitadas pretensiones fueron llevadas a cabo las que provocaron una amplia discusión sobre la eficacia del B. C. G., cuyo uso fué limitado a los animales. Nosotros, decidimos sostener un proyecto fundamental en el que la tuberculosis era tratada como una enfermedad contagiosa y en el que había que prevenirse del bacilo tuberculoso como de un invasor de la vida humana y de los tejidos animales. En 1918, nuestros predecesores y colegas habían completado un proyecto de construcción de sanatarios, aún cuando muchas personas con tuberculosis contagiosa, no se hallaban comodas en los existentes. Los veterinarios, fueron atacando al bacilo tuberculoso de tipo bovino, pero aún se produjeron muchos contagios tuberculosos en el ganado. Los directores de los sanatorios, los encargados de la salud pública, médicos y prácticos, enfermeros, investigadores sociales, veterinarios y un gran sector de la ciudadanía del Estado, participaron en este proyecto de "control" de la tuberculosis.

PRIMEROS ENSAYOS CLINICOS

Por 1922, Weill-Hallé de Francia estuvo administrando B. C. G. a los niños. Pocos años después, los esfuerzos de Calmette y sus discípulos, fueron tan combatidos, que nosotros tuvimos que enfrentarnos a la pesada presión de infectar con bacilos, en la esperanza de inmunizar, a aquellos de quienes tuvimos la responsabilidad de sus vidas. La oportunidad de conferenciar personalmente con Calmette, así como de escucharlo en la lectura de un manuscrito sobre vacunación en el recién nacido, la tuve en 1926. El mantuvo fuertemente que la vacunación con el B. C. G., era inofensiva; que la virulencia del microbio era absoluta y permanentemente fija y que la eficacia para salvaguardar a la infancia del medio contagiante que le rodea, había sido demostrado desde hacía ya tiempo. En nuestra opinión, Calmette no había agregado nada nuevo y sus empeños con relación a la inocuidad y eficacia, no fueron los mismos para muchos otros que le precedieron, sino que se probó más tarde su sinrazón.

Cuando nuestro programa de control de la tuberculosis progresó, emplando métodos fundamentales, guardamos silencio respecto a las tentativas de inmunizar con BCG y más tarde con bacilos tuberculosos activos. Calmette creyó que su vacuna era eficaz, que un estudio cuidadoso

(Pasa a la Pág. 15)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

APOSTILLAS MEDICAS

Por el Dr. MARDEL

ESTA SECCION quiere empezar su tarea de hoy, rindiendo homenaje sincero al que fuera Doctor Juan Werner, amigo dilecto y gran caballero. No pecaremos de ritualismo al hacer su biografía ni nos detendremos a pergeñar la historia de sus virtudes como es uso en estas ocasiones. Es un amigo que nos ha tomado la delantera. Deja, para muchos, recuerdos gratos. Para la Medicina, estudios y trabajos de valor, sobre todo en el campo de la Medicina Social. Conversando una vez sobre este tema decía —el médico que no hace medicina social en todos y cada uno de los casos que trata, ya sea en el hospital, en el domicilio o en el consultorio, es como el que ignora la existencia de las sulfas o de los antibióticos por ejemplo —esa era su inquietud, es decir pisaba tierra firme, sabía que el dolor o el sufrimiento orgánico no solo se cura con botica, que es necesario adentrarse en el campo vario en el cual el ser humano vive, saber de su medio y de su ambiente, saber como responde el soma y el siquis a los factores bordeantes que circundan al ser, y humana y evangélicamente procurar el consejo sabio o la solución para lograr el equilibrio.

Creo que Juan Werner ha dejado huella por eso no nos despedimos de él.

RECIEN hemos tenido conocimiento de que después de veintiocho años de labor docente el Prof. Mauricio Dávila ha dejado de pertenecer a la plana de profesores de la Facultad de Medicina. Sin explicación alguna encuentra que su nombre ya no figura en la cátedra de cirugía que funciona en el Hospital Loayza. Por obra del tipo suigéneris de la organización de la Facultad el catedrático jefe es omnímodo y año tras año propone a los miembros de la cátedra, esta vez no quizo incluirlo a Mauricio Dávila e ipso-facto quedó fuera, con sus veintiocho años de experiencia y de diario batallar. De nada le ha valido ser honesto y estudioso. De nada le ha valido adquirir prestigio a fuerza de estudio y dedicación. De nada le ha valido la decencia en lo público y en lo privado. Estas son monedas que no se valoran ni se cotizan. Cabe preguntar ¿cuál es el respeto que merece un hombre? ¿cuál la valoración de un maestro?. No podemos encontrar lógica explicación a lo sucedido. Esto demuestra que la cátedra es bien raiz de una persona, que puede disponer de sus cosas y de sus gentes como quien cambia de guantes. ¿Cuál es el estímulo y aliciente para las nuevas generaciones de jóvenes maestros si ven que la enseñanza universitaria no es carrera, que su estabilidad depende exclusivamente de un buen o mal momento de determinado señor?

Grave responsabilidad tienen los profesores de San Fernando que con tal indiferencia miran estas cosas, grave responsabilidad la de la Federación Médica que permanece con los brazos cruzados, podrá alegar que el caso no ha sido presentado oficialmente pero hay que responderle que no debe esperar que pongan el asunto en sus manos sino que en guarda del respeto que merece la profesión médica y de los fueros de sus asociados está en la obligación de actuar de oficio y velar constantemente por la intangibilidad de los principios que le han dado vida.

Nosotros cumplimos con protestar, dejamos constancia expresa de la gravedad que entraña para la Facultad la realización de actos desdorosos.
sos.

LA FEDERACION MEDICA llama a elecciones para la nominación de nueva directiva. Estamos seguros de que

METIO HEPAT

CAPSULAS

FORMULA

COLINA BITARTRATO...	250 mlg.
D. L. METIONINA...	150 „
EXTRACTO HEPATICO CONCENTRADO CORRESPONDIENTE A ORGANO CRUDO. ...	25 grms. de
INOSITOL...	85 mlg.

PARA UNA CAPSULA

Indicaciones.—Hepatopatías, Cirrosis, Hepatitis infecciosas y tóxicas, Transtornos intestinales por carencias vitamínicas, Alcoholismo, Arterioesclerosis, Pre y post operatorio, Ulcera gástrica y duodenal.

Dosis.—..4 a 8 capsulas al día.

Presentación.—Frascos conteniendo 30 capsulas.

LABORATORIOS "DANIEL A. CARRION" S. A.

Avenida Bolivia 1157-61.-Teléfono 32130

LIMA—PERU

Industria Peruana

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

el grupo de colegas que integran la actual mesa de comando están ansiosos de dejar los cargos; el continuo rotar entre ellos, el cambiar circularmente los puestos y permutarlos con los de la Asociación Médica Peruana impone que tomen unas justas y prolongadas vacaciones, sobre todo cuando la mayoría de los médicos no están acordes ni contentos con su actuación. Creemos que son personas muy simpáticas y colegas amables con quienes conservamos amistad grata, pero esto no puede disimular el que la Federación esté en manos de diversos jefes de organismos estatales, motivo por el cual se ven atados de manos para actuar serenamente; por otra parte algunos han perdido la emoción por la lucha gremial ya que no sienten en carne propia los problemas que gravitan sobre las nuevas generaciones de médicos y sobre aquellos que no han sido favorecidos por la fortuna.

El programa de trabajo que tiene por delante la Federación demanda entusiasmo, honradez, serenidad y firmeza. No se trata de crear conflictos inútiles ni de soslayar problemas fundamentales sino de actuar oportunamente y con la gran fuerza de la razón.

LA DESAPARICION del Dr. Werner ha creado un conflicto gremial en el Hospital "Dos de Mayo". A propuesta del Doctor García Rossell se nombra, en reemplazo del colega desaparecido al Doctor Cano pasando por encima de otros colegas con mayor tiempo de servicios y con capacidad inobjetable. No nos interesa los nombres, nos interesa discutir el principio vulnerado. El proponente ha estado fuera de caja, olvidó que es un catedrático principal de la Facultad, que es dirigente gremial y nada menos que ex-Presidente de la Federación. Bien por la firmeza de la Asociación de Médicos del Hospital 2 de Mayo. Si de esta manera hubieran actuado los profesores de la Facultad frente al caso Dávila, otro sería el precedente. Es necesario abolir el feudalismo profesional. Es halagador el precedente sentado en el "2 de Mayo".

ANTENA MEDICA...

(Viene de la Pág. 3).

Fué muy interesante la reunión principal porque en ella revivió ese espíritu médico que siempre caracterizó el Hospital Dos de Mayo, que se hallaba aletargado.

Es bueno recordar que en ese Nosocomio se desarrolló gran parte de la vida de la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión" siendo director el recordado colega doctor Abel S. Olaechea, que fué buen amigo de los nuevos médicos y les brindó su valioso apoyo intelectual y moral.

"Dos de Mayo" y "Larco Herrera" tienen trayectorias dignas de recuerdo en la vida médica, por eso es que la actividad de los médicos del "Dos de Mayo" es promesa de algo en defensa del derecho y la dignidad profesionales.

Exhortamos a los dirigentes de la Asociación de Médicos del Hospital "Dos de Mayo" a seguir la honrosa tradición institucional que fué siempre enrumbadora de grandes movimientos.

* * *

NUEVO DIRECTOR DEL "DOS DE MAYO"

Ha sido nombrado Director de ese Nosocomio el doctor Marcos Nicolini, Jefe del Servicio de Urología y miembro del núcleo profesional".

Esta nominación ha sido celebrada gratamente, dada la honda vinculación que posee el Dr. Nicolini en la institución citada. Le auguramos acertada labor

CARDIO-KHELLIN

"LUSA"

FORMULA:

Khellin (2 metil-5-8-dimetoxi-6-7 furano cromona). . . . . 25 mg.
Excipiente c. s. p. . . . . 1 comp.

INDICACIONES

Angina de pecho. -- Infarto del miocardio.
Asma bronquial. -- Litiasis ureteral.

DOSIS

El esquema de tratamiento varía según las afecciones y el caso clínico.

PRESENTACION

Frasco de 25 comprimidos

LABORATORIOS UNIDOS: S.A.
Av. Bolívar 561, Pueblo Libre.
Lima - Perú

DISTRIBUIDORES:
HENRI. LE. BIENVENU, .S.A.
Serrano 856, Lima - Perú

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La Gran Cruz

DR. MANUEL NUÑEZ BUTRON

Un médico peruano, pleno de idealismo, de verdadero espíritu indigenista y amplia visión fué a ejercer su apostolado a una región muy importante del país, poblada densamente por autóctonos.

Ambiente impreparado, de escasa cultura y preñado de prejuicios se presenta a la vista del novel médico.

Frente al escenario de pobreza, ignorancia, insalubridad y vida primitiva surje un hombre nuevo que tiene talento y corazón, poderosos factores para realizar una obra trascendente de salud pública.

Manuel Núñez Butrón, tuvo fé en sí mismo. Intuyó en la masa indígena a la que había tocado profundamente, haciendo posible su conquista.

Surgió así, el RIJCHARISMO, concepción peruana de Sanidad Rural indígena antes que nos llegaran las experiencias del exterior.

Hasta el Ayllu fué la acción "rijchary" y en poco tiempo la obra educadora había ganado a una considerable población indígena.

El éxito fué magnífico; una nueva conciencia había despertado en la masa autóctona. El médico tenía un plantel de trabajadores que se habían alistado a "rijcharizar" a sus hermanos altipampinos. Varones, mujeres, indígenas, maestros de escuela y algún policía, fueron ganados a la gran cruzada redentora.

Desgraciadamente una alta autoridad, no alcanzó a descubrir la grandeza de la obra dejándose impresionar por lo innoble.

Manuel Núñez Butrón fué notificado para interrumpir su obra y salir de la región altipampina donde había creado una conciencia sanitaria.

La obra de Núñez Butrón ha merecido juicios elogiosos de autoridades extranjeras como el Profesor René, Sand José, García Tello entre otros.

El gran rijchary añora en su terruño las grandes emociones que le deparara su notable concepción de sanidad rural.

En la fecha, que corresponde a un nuevo aniversario de "MEDICINA SOCIAL", rendimos fervoroso homenaje al creador del "Rijcharismo".

DEJEMOS HABLAR A NUÑEZ BUTRON...

1.— ¿Cómo surgió la idea de la fundación del Rijcharismo en Juliaca? Estando de Médico Titular en las provincias de Azángaro y Huancané, hubo imposibilidad material de atender a la gran población indígena de dichas provincias, cuyo número mayor de cien a doscientos mil habitantes, requería una atención más o menos intensa y efectiva, ya que el Médico en estas condiciones sólo puede atender a los vecinos notables entre los que se hallan el Alcalde, el Subprefecto, el Juez y el Jefe Provincial, descuidando a la población numerosa que vive y muere sin control sanitario alguno, y cuya cifra no puede ser las que figuran en las estadísticas.

Con este motivo, en 1933, surge la idea de organizar en un ayllu un grupo de sanitarios, a quienes previamente se les instruye objetivamente, para que vayan a las cabañas de la parcialidad de Isla, a vacunar antivariólicamente, rasurar el cabello, exigir limpieza y averiguar el estado de los enfermos infecto contagiosos y controlar las defunciones, cuyo resultado se comunica semanalmente en forma tal que los resultados eran provechosos en todo órden.

Este procedimiento, estimuló a los demás ayllus de Rancho, Chacas, Collana y otros, cuyos miembros se constituyeron donde el Médico a ofrecer sus servicios, creándose, entonces, las brigadas sanitarias en dichos lugares, con las mismas instrucciones, dándoseles a conocer que la conservación de la salud, dependía de la limpieza de las ropas y de las personas, que había que desterrar absolutamente el trasmisor del tifus. EL PIOJO, que esa labor tenía que realizarla, personalmente con prescindencia del Médico, que se hallaba imposibilitado de ir a atender a todos los enfermos oficialmente y controlar las defunciones.

El sanitario surgió en el mismo "ayllu como elemento irremplazable, nadie más que él podía velar por su hogar y del vecino, siempre emparentado con él; hubo de conocer su idiosincracia, empecinado en actuar favorablemente hacia una finalidad patriótica y de provecho colectivo. El sanitario del pueblo o de otras regiones, es inadaptable económica y socialmente, aparte de carecer de estímulo alguno, su actuación es nula en la parcialidad porque inviste el cargo con sentido empleománico y por llenar únicamente una misión a base de estipendio que es el único motivo de su investidura.

Fig. 1.—Una brigada de "rijcharys" en funciones sanitarias.

II.— Cuál era el ambiente cultural y sanitario de la región Altipampina en que Ud. actúa desde el año 1935?.— El ambiente cultural y sanitario por los años de 1935 y más antes, era como en los tiempos del Virreynato. Las cabañas de un metro de altura, con sus paredes de piedra dando libertad para la entrada y salida a los ventarrones altipampinos. La suegra buscaba una mujer sucia para su hijo, por considerarla trabajadora; las uñas largas eran un anuncio de fortuna; se curaban a los enfermos con la **"trueca"**, o sea haciendo un bulto de los trapos del enfermo para irlos a dejar en el camino, y que algún inocente se llevara los males; dormían sobre un pergamino, en cuclillas tapado con una manta; en la casa se le recibía al tifus con todo cariño, por más que terminara con toda la familia y muchas veces hasta los perros se iban en busca de otros dueños. La cultura del pueblo, era semajante a la de muchos pueblos civilizados.

III.— ¿Cuál es la posición del hombre Altipampino, en el progreso de su terruño?.— Muy raros son los capitalistas que se quedan por el progreso de su terruño. Generalmente se van por enfermedad, por miedo a los cuatro mil metros de altura, o en busca de nuevos horizontes; el indio es el único que se queda por cariño a su tierra, no hace más que cumplir con defender, la ganadería, la agricultura y la minería de la región. Cumple misión de asistencia social, en traer del campo los productos necesarios para la alimentación del pueblo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ada Sanitaria

Cabe mencionar y distinguir al indio colono y al indio comunero, como la característica de posición del hombre Altipampino. El colono es más cumplidor de su deber, más rico, más trabajador con experiencia y católico. El comunero, es sucio, flojo, libre y susceptible a aceptar otras religiones.

Cuando cualquiera de éstos va a otros pueblos, siempre tienen tendencia para retornar para la fiesta de su pueblo, o para estar familiarmente en el Carnaval.

Los campesinos son los portadores de las pequeñas industrias, como tejidos, instrumentos de cuerda, esteras, sombreros de paja; estos son los que se complacen en vender medias de lana tejidas por ellos a los obreros de las fábricas de tejidos. Todos éllos, se han olvidado del burrito, la llama y el caballo, con quienes trasladaban antes de ahora sus productos a los mercados, ahora utilizan la bicicleta y el camión.

IV.— Había alguna labor para mejorar los índices sanitarios de la zona que nos ocupa, cuando llegó Ud. a Juliaca?.— Encontré como progreso efectivo algunas escuelas adventistas, pero como el campesino es eminentemente católico, presentaba una resistencia rechazando la catequización adventista. El ejército había cumplido en transformar a los enrolados, pero después de licenciados quedaban en el olvido y el Rijcharismo se aprovechó de este elemento para que sirvieran de despertadores. La Peruvian, por pagar bien a sus obreros, siempre ha contribuído al mejoramiento de las clases del campo. Después las escuelas fiscales encontradas en la ciudad, y los patrones de conciencia, siempre han dado la buena nota de transformar al índígena, mejorando sus condiciones sociales y económicas.

El Rijcharismo, como política exclusivamente sanitaria, llegó a unir a católicos y adventistas, a los colonos y a los comuneros, que hasta entonces se hallaban divididos, para la labor de profilaxia.

Fig. 2.—Desde un anden de Huayna Roque, habla Núñez Butrón a los delegados.

V.— Es el Rijcharismo, una concepción, netamente de sanidad rural indígena?.— Frente al sentido netamente indigenista que reclamaba una atención sanitaria eficaz, para evitar dentro de lo posible las enfermedades y la muerte el Rijcharismo no tuvo otra concepción y finalidad. No podía apartarse de este propósito, por tanto pues, esa concepción fué exclusivamente sanitaria.

VI.— Cuál es su opinión de la actual situación sanitaria de Juliaca, considerándola con sentido médico social?.— Juliaca, o sea el Distrito de Juliaca, con sus ocho parcialidades extensas y habitadas, es el lugar más avanzado del Departamento, bajo el aspecto médico-social. El campesinado, puede decirse tiene ya conciencia de una realidad sanitaria, en virtud de la gran cruzada Rijcharista. La semilla empleada en muchos años de labor, ha penetrado en el elemento y fructificado. El indio Juliaqueño, sabe que el Piojo, es su enemigo; que el Piojo le trae la enfermedad y cumple con implantar en su hogar, el aseo y la destrucción del elemento transmisor.

Fig. 3.—Desde Huayna Roque una mujer rijchary enseñando higiene

Hay que exceptuar a las parcialidades de Huichan Jaran y Ayabricas, donde siempre se presenta el tifus, debido a la suma pobreza de sus moradores, que no han aprovechado las lecciones del Rijcharismo y continúan inertes y puniblemente abandonados.

VII.— ¿Considera de provecho, la labor de los núcleos de maestros rurales, que con Bolivia, me parece, hacen labor educativa?.— El de los referidos nucleos, ya sea porque el problema no se interpreta como debe hacerse o porque los nucleos son organismos aislados inoperantes. La solución estriba en suprimir absolutamente las escuelas fiscales y los nucleos, y establecer las granjas Agropecuarias e Industriales, donde el indio sea mantenido durante un ciclo de enseñanza y perfeccionamiento. Y esto resultaría hasta provechoso para el Estado, porque los alumnos desanalfabetizados abandonan su tierra para ir a mendigar puestos públicos y privados olvidándose del terruño y sus problemas, y en este caso encontrarían asidero a sus conocimientos y darían impulso a las profesiones artesanados e industriales, dentro de la posibilidad de su realización.

Fig. 4.—Un guardia Civil en noble función.

VIII.— ¿Quienes cooperaron con Ud. para la organización de Sanidad Rijcha ri?.— Los vecinos de corazón peruano. Los peruanos que tienen verguenza de que esos perua nos se encuentran así.

IX.— ¿Qué aceptación tuvo y cuanto tiempo funcionó?.— En lo de aceptación, las opiniones estaban divididas: unos por que despertaran y otros por que siguieran en la misma forma que los dejó la batalla de Ayacucho. Nuestro plan de combate era contra

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

el piojo, el alcoholismo y la pleitomanía. Ya puede Ud. imaginarse las calidades de contrarios que hemos tenido. Son males que están en el conocimiento de todos los habitantes del Mundo. No se necesita ni microscopio para descubrir los males, pero, si se necesita una sangre fría para soportar la lucha contra los defensores del piojo, el alcoholismo y la pleitomanía. Los amigos de estos males nos hicieron un ambiente terrible fuera de la provincia; luchan solapadamente y son cariñosos en la presencia de uno. "Los intereses creados" de todos los que viven de estos males de la Humanidad son los que no dejan ese despertar tan ansiado de la Patria. Funcionó desde 1933 hasta 1949 en que nuestra situación económica no respondía a las necesidades de la campaña. El trabajo gratuito del campesinado, también llegó a quebrantarse por que la lucha era larga; sin embargo la mayor parte de ellos quieren seguir valientemente. Los que han visto esas grandes luchas de los ayllus, en lugar de encuentros futbolisticos, podrán opinar el gran avance de los rijcharys, en limpieza, industrias, música, danzas, agricultura y muchos conocimientos, que están detallados en los programas de fiestas.

Fig. 6.—Niños de la parcialidad de Chacas se comprometen civilizarse para honrar a la patria.

En esa gran campaña, participaba, no una familia ni el equipo de once jugadores. Eran miles de personas que se preparaban para emprender esa cruzada sanitaria, demostrando mayor limpieza y el mejor trabajo. Las casas comerciales, ayudaron con regalar jabon, cuadernos, lápices, peines etc. etc., los que eran repartidos gratuitamente en el día de los "rijcharis". Carecíamos de subvenciones. Solamente el Dr. Luis Angel Ugarte, siendo Jefe del Comando Sanitario, nos permitió que el sueldo que percibía un sanitario, fuera empleado a pro--rrata entre cuatro rijcharis, más un ligero botiquín para que con él, se atendiera a los pacientes en grandes recorridos. El Dr. Ugarte, es uno de los convencidos de la realidad rijcharista, —el despertar del campo,— quien publicó algunos datos sobre esta campaña.

Una vez que dejó de ser Médico de la Sanidad, no tuve más remedio que dejar en plena libertad a los que me sucedieron, y yo dedicarme a mis hijos y velar por mi vejez.

X.— ¿Quiénes se opusieron a tan importante labor?.— Los amigos del piojo, del alcoholismo y de la pleitomanía.— Ya llegará el día en que la realidad "rijchary". sea reconocida por los mismos detractores. Las obras de bien social, no tienen una encumbración inmediata, tardan para cristalizarse sacrificando el honor y la vida de los que solo pusieron su corazón al servicio de esa gran cruzada.

No importa que nuestros amigos que nos han reemplazado, siguiendo nuestras huellas, como suyas, se apropien de las ideas y de los hechos, puestos en juego por el "rijcharismo". No importa que para camuflar, esta labor, sostengan que éllo son los implantadores de tales establecimientos y doctrinas. Lo esencial es que haya labor efectiva a base de lo que ya se ha dejado hecho.

La oposición en si consiste, en un hecho de carácter sustancialmente egoísta. porque bien sabían que con sólo la cancelación del cargo por vía aparentemente expontánea, habían de terminar con la labor emprendida.

XI.— ¿Cuando apareció "Runa Soncco" y cómo logró cristalizar la publicación de ese vocero altipampino?.— "Runa Soncco", apareció en el mes de abril de 1935, como una necesidad inmediata. Su sostenimiento se costeó con mi peculio y la cooperación de espíritus cultos y generosos, que como yo perseguían la transformación de los peruanos del campo. Auspiciado con la divisa de ser vocero "del indio y para el indio", escrito por indios, en su léxico, costumbres, prejuicios, idiosincracia en sí, tuvo desde luego la aceptación de esa gran masa que se vió estimulada para aprender a leer, y entonces su cristalización, fué obra de la sincera y profunda objetividad de conservar la salud de los moradores a través de una realidad "rijchari".

XII. — ¿Qué aceptación tuvo en el medio indígena?. A lo dicho anteriormente, debe agregarse que "Runa Soncco" tuvo la gran virtud de transformar al indio, sacándolo del medio solitario en que vivía, enclaustrado, y llevarlo a otros medios y al retornar al terruño con ideas de avanzada, consciente de su personalidad, resultó miembro útil a la sociedad en que actuaba.

JULIACA, 28 DE ABRIL DE 1935

RUNA SONCCO

Año 1 — Periódico [illegible] de la Sanidad Rural-Rijchary — Nº 1

DIRECTOR RESPONSABLE DOCTOR MANUEL NUÑEZ BUTRON

RUNA SONCCO

Runa Soncco es el primer periódico de los indios y solo para los indios. Sin querer demostrar que el ochenta por ciento de los habitantes de las poblaciones desde la gran capital de la República hasta el humilde pueblo de Putina, son indios.

Hay muchos indios que no hablan quechua y muchos que se quedaron con ropa de [illegible]

Runa Soncco es para los que vivimos alejados de la capital de la Provincia y sus distritos y a donde solo acudimos uno que otro día de fiesta o cuando el teniente gobernador nos notifica

En medio de nuestra soledad cuando no tenemos más compañía que nuestras chacras y nuestro ganado, ahora queremos tener la compañía de un amigo que nos converse, que nos guíe persiguiendo nuestros derechos y enseñándonos el camino para nuestro mejoramiento social. PUDIERA QUE DE ESA MANERA NO SE OLVIDEN TANTO DE NOSOTROS.

Runa Soncco nos va a traer sus cartillas sanitarias para bien de nuestra salud. Nos enseñará a leer y escribir para no continuar siendo ciegos mudos. Nos llevará por el camino de la higiene, la moral y el progreso

Runa Soncco es un Rijchary que nos dice DESPIERTA para no continuar en el sueño de nuestra ignorancia

XIII.— ¿Cree Ud. que se haya logrado algún progreso en la región donde actuara el Richarismo?.— Naturalmente que sí, y a ésta pregunta se responde con la misma evidencia de la anterior.

XIV.— ¿Sabe Ud. los comentarios elogiosos que se han formulado por su creación?—Si, la Salubridad y la Sociedad de Higiene y Medicina Social de la Argentina; La Asociación de Médicos de Valparaíso (Chile); El Instituto Indigenista de México; el Museo de Humanidades de París, y muchos espíritus nobles y comprensivos del Perú, son las instituciones, que se han ocupado extensamente de la labor sanitaria indigena "rijcharista". El Boletín Médico de Chile, publicó extraordinariamente en edición especial, una información sobre la Medicina de Altipampa; y el Dr. José García Tello, a base de tal labor ofreció varias conferencias sobre el tema en la Universidad de Santiago, estimulando mi labor el haberme invitado a visitar esa gran nación.

XV.—¿No cree Ud. que su incorporación como miembro correspondiente a la Sociedad de Higiene y Medicina Social de la Argentina, sea debido a la obra que Ud. ha llevado a cabo, con el sistema "rijchary"?

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Así me parece que sea. Este honor es uno de los más grandes galardones que puedo ostentar orgullosamente, en premio a esa árdua labor verificada en un medio obscuro, de la altiplanía.

XVI.— ¿No se siente Ud. satisfecho de su obra?. — No estoy aun satisfecho, mi labor está trunca y apenas si se ha puesto en el camino social de la Medicina Peruana, uno de los muchísimos escalones que hay que recorrer.

Reconozco y aplaudo la labor que viene desempeñando la Dirección y el Ministerio de Asuntos Indígenas, en favor de la más grande población peruana, y con un sentido más efectivo en sus problemas, creo que se logrará la verdadera integración a la vida nacionalista en plazo más o menos corto.

XVII.— ¿No le parece que los procedimientos que se crean en el país, son más efectivos que los importados?.— Creo que si; uno conoce mejor su edad que la del vecino. La psicología del campesino peruano, necesita conocerla a fondo; hasta cierto punto, vivir en su ambiente, para llegar a la realidad de lo que se busca.

Si los adventistas han conseguido algo, se debe a que los catequizados, son los que han trazado todas las normas necesarias para su bienestar propio, en todas sus facetas de progreso material y espiritual en que ahora viven y siguen desarrollándose .

XVIII.— ¿Algunas opiniones sobre la Medicina del Altipampa?.— En Puno hay seis médicos, Hospital y Clínica; en Juliaca cuatro médicos y la Clínica Adventista; Ayaviri, Azángaro con médico y hospital; Lampa, con un buen Hospital pero sin médico; Sandia, Macusani, Pomata Ilave, Huancané, solo con médico, pero sin hospital. Juliaca, tiene la suerte de haber tenido buenos elementos como los doctores Honorio Cáceres, Zegarra Gripo, Sánchez Caballero, Demetrio Grados, Bayona, Rivera del Mar, Latorre Pozo, y los muchos que han pasado por la Clínica Adventista, donde acuden gran número de pacientes del departamento.

Actualmente el Hospital de Juliaca, es atendido por los doctores Alberto Enriquez y Rafael de la Torre.

Hubo y hay siempre cooperación profesional. La Clínica, a cargo del Dr. Duffoe, da facilidades a los facultativos cuando estos necesitan ayuda para el mejor desempeño de la labor social.

XIX.— ¿Se podría extender el sistema Rijchari, a la zona costera y de montaña del País?. Naturalmente que si. Eso depende de los hombres que lo desempeñen. El problema sanitario del Perú, necesita la colaboración de todos, con comprensión y ética.

XX.— ¿Qué opina de la Medicina Social en el medio Indígena?— El indio tiene sentido de cooperación, cuando se trata de la salud de sus familiares y de él mismo. Solo hay que prepararlo y estimularlo sobre todo, creando entre éllos mismos la emulación como indice efectivo de eficacia y desarrollo.

Han trabajado gratuitamente, durante dieciseis años, demostrando ese sentido de cooperación.

Bajo esta base, hay la seguridad de iniciar una gran cruzada sanitaria en el medio Indínega, con una organización consciente y seria y poniendo desde luego a este servicio, todos los elementos de profilaxia, bajo cooperación económica planeada y asegurada con un presupuesto mínimum, que permita remunerar equitativamente a la cooperación indígena, controlada estrictamente.

Juliaca, 28 de abril de 1952

NUEVO QUIMIOTERAPICO
ANTITUBERCULAR

TIZIDE

ERBA

HIDRACIDE DEL ACIDO ISONICOTINICO.

INDICACIONES: Las pruebas llevadas a cabo hasta el día manifiestan que el TIZIDE ERBA resulta activo en las afecciones tuberculosas tanto pulmonares como extrapulmonares.
En los primeros resultados logrados débese opinar que su acción, frente a los demás quimioterápicos antituberculares, se extiende a los procesos caseosos y a la tuberculosis cavitaria

POSOLOGIA: *Se suministran en general 50 mg. por 10 Km. de peso corporal, distribuidos en las 24 horas después de las comidas.*

PRESENTACION: Frasco de 50 comprimidos de 0.05 gr.

CARLO ERBA S. A. P. — CARLO ERBA MILANO — Prolongación Iquitos 1840|60 LIMA—PERU

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BURLA BURLANDO...

LAS OCURRENCIAS DE "DON EUSTAQUIO"

Hace algunos años que en cierta ciudad existía un médico que se había pasado hurgando narices, en pos de unas trompas que llevaban su nombre. Antes buscó empeñosamente el antro de "Ignoro" que fácilmente encontró.

Así transcurrió la vida de don Eustaquio, cuyos años iban pesando un poco y lo tenían malhumorado.

Hastiado de su primera ocupación emprendió un nuevo camino, que no le acomodaba mucho, sinembargo, soportó porque le proporcionaba renta para una vida sin mayores apremios.

Cuando menos pensó, un día de primavera, el Destino cambió la suerte de don Eustaquio, el hurgador de narices; llegó a ser Jefe!

Había que oirlo, todo lo que en su entusiasmo pretendía hacer. Era el momento de poner de manifiesto su gran acervo cultural, y sus excepcionales condiciones para dirigir con sentido técnico y de economista el problema de salud pública, de su abatido pueblo. Desmentiría, asi, la fama que algunos follones le habían dado.

Nuestro hombre, se desvelaba, planeando. Era algo cómo un salvador nacional. Madrugaba para pesquizar, personalmente las faltas de los malos empleados, que estaba resuelto a castigar severamente.

Pero, había algo que le inquietaba primordialmente. Quería, él, probar su capacidad de economista. Sostenía que con un personal muy reducido, se podía cumplir una gran labor.

Y, cuando menos se pensó fueron a la calle 30 individuos que consideraba inútiles.... Para qué portero, si cada uno podía barrer sus servicios...

Un día ordenó que los médicos a sus órdenes, con sentido de economía, pensaran como él y comprendieran que cuanto más dinero se devolviera a las arcas fiscales se demostraba mayor competencia para el cargo.

Era tan ahorrativo, don Eustaquio, que pagaba su movilidad, en ómnibus, que es lo más barato...La camioneta de su repartición consumía gasolina que era menester ahorrar...

Ha pasado algunos años, y don Eustaquio que vé prosperar otros organismos similares al suyo, se indigna.

Conservador, como es, don Eustaquio, se revela contra las inovaciones, que son cosas de locos, mejor es guardar dinero, aunque se haga poco... o nada...

Rayos X

LABORATORIO "LADIN"

Participa al distinguido Cuerpo Médico que se encuentra en las mejores farmacias de la Capital el producto Dietético:

FARISINA

Preparado con fósforo y calcio, y que completa la alimentación de los niños faltos de peso, carentes de apetito, sanos, y de niños y adultos que no pueden ingerir alimentos de difícil digestión.

DISTRIBUIDORES EN LIMA:

DROGUERIA PERUANA S. A.

Plaza Italia 772 -:- Teléfono 31162

LA ASOCIACION MEDICA

(Vien de la Pág 2)

cuenta, en la forma que lo pretende esta Institución.

El instinto de agremiación tan viejo como la humanidad es la resultante de la lucha por la vida, y de la mayor o menor conculcación de los derechos individuales. No vamos ha hacer la historia de la evolución de los agrupamientos médicos, que en su aspecto más avanzado llega a la forma sindical.

Sólo debemos dejar constancia de la necesidad de asociarse para hacer más noble la vida, y estimular ciertas aptitudes que se pierden ante la indiferencia de los más, así como también impedir que la audacia y la impudicia se enseñoreen.

Cuando la cultura de los hombres haya llegado a un grado superior será posible ver como cada variedad de profesionales se agregan formando un conglomerado poderoso, porque lo ha unido la convicción y no la ocasión o el compromiso incierto. Es entonces que el médico creado por la sociedad y para la sociedad se habrá convencido que no puede vivir en el aislamiénto y no se encontrará quienes encastillados en sus posiciones, simulan ignorar el gremio a que pertenecen.

La acción colectiva de los profesionales en sus diversas actividades hará el bienestar de ellos y procurará el mejoramiento de los problemas de la nacionalidad.

Invocamos al espíritu de los idealistas, de aquellos que están en constante renovación, a los que con honradez e independencia han cuidado celosamente de la majestad del apostolado médico, de los que inquietos van en alas de su optimismo en busca de mejores horizontes para el prestigio del gremio a que mediten sobre las ideas aquí trazadas y que representan la partida en pos de un sano ideal.

Herófilo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Inmunidad en tuberculosis...

(Viene de la Pág. 7).

hecho por clínicos franceses era demás, y alentó a las masas a la vacunación, sin el beneficio de la prueba científica. De esa manera, los científicos y los médicos, en general, perdieron confianza en él. Sus relatos de 1927 y 1928, fueron severamente criticados mediante estadísticas, tales como las de Greenwood y otros, incluyendo las del "British Medical Journal". Por esa misma época, Petroff estableció que el B. C. G. había readquirido virulencia en su laboratorio. Luego vino la tragedia de Lubeck en la que 77 de 250 niños vacunados murieron de tuberculosis (probablemente por la contaminación de la vacuna).

Los trabajos de Calmette fueron hechos en animales, particularmente en ganado (1908 a 1922) y su informe resultó tan bueno, que despertó gran entusiasmo. En EE. UU., los veterinarios y otros, pusieron el B. C. G., bajo la más rígida y cuidadosa prueba de "control" y encontraron que carecía de interés práctico. En efecto, el ganado expuesto a contaminación y el vacunado con B. C. G., contraían tuberculosis destructivas, de la misma manera que el ganado de control. Entonces, los veterinarios de Norte América, procedieron a emplear las medidas fundamentales de control tuberculoso establecidas desde hacía mucho tiempo. De esa manera obtuvieron resultados a los que no llegó en ninguna parte del mundo donde se empleaba el B. C. G.

Después de esas catástrofes y otros reveses, el entusiasmo por el B. C. G., decayó en el mundo, excepto en Escandinavia, donde Heinbeck (1927) y otros, más tarde, incluyendo a Holm y Walgreem, mantuvieron interés. En EE. UU., Park y asociados, del Departamento de Salud de New York, emprendieron en 1926, un estudio sobre el B. C. G. en los niños. Rosenthal de Chicago, trajo, en 1934, B. C. G. de Francia y, ahora, es su mejor propagandista en este país.

ACUMULACION DE DATOS CLINICOS

Después de 1920, observamos que cuando los niños se volvían por primera vez tuberculino positivos, un pequeño porcentaje de ellos tenían fiebre, eritema nodoso, pleuresía, ensanchamiento hiliar y pequeños infiltrados en el pulmón. Cuando estas manifestaciones calmaban los niños parecían estar en buena salud. Ocasionalmente, algunos de ellos tuvieron neumonía fatal, meningitis o enfermedad miliar. Así pasaron los años; nosotros observamos personas adultas particularmente estudiantes de enfermería y de medicina, que se habían infectado con los bacilos tuberculosos en la pubertad. Estos adultos respondieron exactamente cómo los niños que se habían infectado por primera vez y las manifestaciones como el critema nodoso, pleuresía, ensanchamiento de la estructura hiliar, fueron, esencialmente, las mismas que las observadas en los niños.

En razón de que estas manifestaciones "alérgicas" se ponen en evidencia alrededor de la primera época de hipersensibilidad, es que el programa del B. C. G., se ha desarrollado con gran entusiasmo. Un considerable número de trabajadores han relatado mucho menos eritemas nodosos, ensanchamientos de la estructura hiliar y otros síntomas en los niños y adolescentes que recibieron el B. C. G., que entre los controles. Probablemente una razón para estas observaciones es que, una vez producida en la piel y los ganglios regionales la lesión primaria con el B. C. G., no puede esperarse tales lesiones con tanta evidencia y con marcado ensanchamiento hiliar en los pulmones. Parece, igualmente, que el ensanchamiento hiliar producido por un microbio de baja virulencia como el B. C. G., es de menor grado y, desde luego, hay menos eritemas nodosos,, que con bacilos tuberculosos virulentos.

Otra razón es la comparación en igualdad de condiciones. Queda entonces entendido que hay más desarrollo de tuberculosis entre los estudiantes de enfermería y medicina, que se infectan mientras están en la escuela, que entre aquellos que ingresan con lesiones establecidas. El hecho es que aquellos que ingresan tuberculino positivos, tienen lesiones tuberculosas que contienen bacilos de Koch. Cuando se infectan precozmente, en la vida, algunos, del grupo donde fueron descubiertos, tuvieron manifestaciones tales como eritema nodoso, ensanchamiento de la estructura hiliar o infiltrados primarios. Ocasionalmente, algunos tuvieron tuberculosis fatal, siendo eliminados del grupo. Al ingreso a las escuelas profesionales unos cuantos tenían calcificaciones manifiestas o alteraciones diafragmáticas. La ma-

LENTA-SEDALGINA

INYECTABLE INTRAMUSCULAR INDOLORO

Para calmar DOLORES, FATIGAS y MALESTARES por tiempo prolongado; y para inyectar cualquier cantidad de Penicilina a niños y adultos

Ampollas de 5 c.c.

ESPASMO-SEDALGINA

Sedante del dolor, cualquiera que sea su orígen, neurítico o espasmódico

PARA ADMINISTRARSE POR LA VIA ORAL

Frascos de 10 grageas.

CARDIOFILINA

AMINOFILINA INYECTABLE

DIURETICO CARDIO-RENAL DILATADOR ARTERIAL Y BRONQUIAL

Ampollas de 10 c.c., al 2.4%, para inyección endovenosa

Ampollas de 2 c.c., con 0 gms. 48 de Aminofilina, para inyección intramuscular

CARDIOLANATA

Glucósidos totales de la Digitalis Lanata - Solución

1 c.c. = 50 gotas = ½ milígramo de glucósidos totales

DOSIFICACION Y ACTIVIDAD ESTABLES

Frascos de 10 c.c.

LABORATORIOS MALDONADO, S. A.

DEPARTAMENTO MEDICO

Av. Colombia No. 395 Teléfs. Nos. 37544 - 37545

LIMA—PERU

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

yoría no presentaba hallazgos anormales a los rayos X pero la reacción a la tuberculina probaba la presencia de lesiones. En los que se reinfectaron primero, en la escuela, que tuvieron manifestaciones de hiperalergia y que luego se apagaron tales manifestaciones, el estado tuberculoso en ellos fué el mismo que el de sus compañeros tuberculino negativos a la admisión, esto es, entonces, que ambos grupos tenían lesiones primarias conteniendo bacilos tuberculosos vivos.

Entre los sujetos de nuestras primeras observaciones, 160 fueron estudiantes de medicina e ingresaron tuberculino positivos; el 3.1% de éstos desarrollaron lesiones de tipo de reinfección y las desarrollaron en la escuela o poco después de su graduación. De esa manera, de 1/5 del total que ingresó que se volvió tuberculino positivo durante su permanencia en la escuela, desarrollaron lesiones demostrables, en una proporción de 9.6%. Esto puede ser interpretado como que los estudiantes se volvieron tuberculino positivos durante su permanencia en las escuelas, adquiriendo 3 veces más tuberculosis clínica, que aquellos que ingresaron tuberculino positivos. Actualmente, esto no es cierto. En efecto, de los 9.6% en quienes fueron vistas lesiones demostrables, como complejos primarios y pleuresías, solo se consideró el 6.2%, por cuanto, únicamente el 3.4% adquirió tuberculosis del tipo de reinfección. De esa manera, sólo el 3.4% es comparable con el 3.1% de lesiones clínicas halladas en los estudiantes que ingresaron tuberculino positivo. Las observaciones entre los estudiantes de enfermería revelaron casi idénticos hallazgos. Revisando el grupo total de nuestras observaciones, de los estudiantes de enfermería y medicina, hemos sido incapaces de encontrar, entre los que ingresaron tuberculino positivos y los que se volvieron positivos mientras permanecieron en la escuela, diferencia significativo alguna en el desarrollo de la reinfección crónica tuberculosa. A 1/3 podría elevarse la diferencia en la enfermedad misma.

No hay duda que en Escandinavia el eritema nodoso se presenta con más frecuencia entre las personas que recientemente se vuelven tuberculino positivas, que en nuestra área. Luego después, raramente hemos visto entre nosotros que la tuberculosis pulmonar progresiva se desarrolla de inmediato en el adulto que acaba de infectarse, como ocurre en Escandinavia.

Lesiones demostrables pueden despertarse en condiciones evidentes, alrededor de la fase de alergia. Las que se desarrollan en esta vecindad y aparecen un año después del tiempo de alergia, constituyen una parte ínfima (no más de 3%). Este es el solo grupo de lesiones por las que el B. C. G., ha hecho "esfuerzos significativos".

INDEBIDA IMPORTANCIA A LOS HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Desafortunadamente en casi todos los relatos hechos sobre morbilidad, tanto en los vacunados como en los controles, el diagnóstico de las condiciones del tórax, ha sido hecho mayormente solo por las imágenes de sombras suministradas por los rayos "X". Además, como las imágenes de sombras proporcionadas por los rayos "X" nunca son patgnomónicas, todo diagnóstico está sujeto a severos interrogatorios, a menos que la presencia del bacilo tuberculoso haya sido demostrado por el cultivo o la inoculación.

Las muertes relatadas por varios autores como debidas a la tuberculosis, tanto en los vacunados como en los controles, constituyen un total relativamente pequeño.

Actualmente, no hay estadísticas que demuestren que el diagnóstico haya sido confirmado por la necropsia, por que de todos modos la comprobación bacteriológica fué requerida. Sin tales confirmaciones, los errores de diagnóstico pueden haber sido frecuentes.

No hay demostración de que el B. C. G., tenga alguna influencia en la producción de lesiones, a menudo desarrolladas, dos o más años después de la invasión de los bacilos tuberculosos. En el pasado, sólamente Heimbeck ha referido tales comprobaciones (1947 y 1948). El puso en observación a las enfermeras que se habían graduado en el Hospital Uleval, de Oslo, Noruega, desde que comenzaron sus estudios incluyendo aquellas que habían ingresado a la escuela de Enfermería con tuberculina positiva, a las que habían ingresado tuberculino negativas y habían aceptado B. C. G. y a las que no aceptaron la vacuna. No encontró diferencia importante entre los tres grupos.

De esa manera, en verdad, la eficacia del B. C. G. podría aplicarse solo al 3% de enfermos y muertos por tuberculosis en nuestra área. El resto del 97%, no ha sido investigado y la prueba que esta forma de vacunación sea provechosa en ellos, es defectuosa.

LA INMUNIDAD EN TUBERCULOSIS NO ES SEGURA

Como nuestro trabajo sobre los métodos fundamentales en tuberculosis progresaban, fuimos incapaces de ver alguna promesa para intentar producir inmunidad artificial, pues, no había prueba satisfactoria de que un ataque de tuberculosis produjera nunca inmunidad segura. Como quiera que la tuberculosis-crónica causa muerte, a la necropsia se encuentran antiguas lesiones estabilizadas. Si esas lesiones antiguas confieren inmunidad ¿por qué muchos mueren de tuberculosis?, ¿por qué esta enfermedad tan antigua es ahora la primera entre todas las enfermedades, que causa incapacidad y muerte entre la Humanidad?. Si cada uno tuviere un ataque de viruela antes de los 18 años, no habría prácticamente enfermedad o muerte por tal causa durante el resto de la vida. Ya en áreas del mundo, donde cada cual ha tenido un ataque de tuberculosis antes de los 18 años, la tuberculosis clínica existe casi en forma epidémica, incapacitando y matando gran número en el resto de la vida.

En los primeros tiempos de nuestro trabajo, aceptamos la enseñanza universal de que los tuberculino positivos estaban inmunizados y fuimos advertidos de que no estaban en peligro de contraer más tarde la tuberculosis clínica. De niños, muchos de los tuberculino positivos estaban en aparente buena salud, pero de adultos, considerable número de ellos, eran portadores de tuberculosis avanzadas contagiosas; luego después, descubrimos que lo que habíamos pensado era solamente una teoría basada en la especulación y en las opiniones personales.

De 1921 a 1941, tuvimos bajo observación, 18,856 niños. Durante los primeros cinco años de este período fueron examinados en su totalidad; 15 de ellos tenían tuberculosis de tipo de reinfección y otros 39 la adquirieron antes de 1941. Entre los tuberculino positivos al primer examen o que se volvieron positivos poco después, 18 adquirieron tuberculosis extratorácica o tuberculosis pulmonar de reinfección. Entre los niños examinados de 1927 a 1931 el porcentaje fué de 5.9; entre los que lo fueron de 1937 a 1941, el porcentaje alcanzó a 2.2. De esa manera, la mayor cantidad de tuberculino positivos quedó bajo observa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ción porque el más alto porcentaje de ellos desarrolló formas de tuberculosis clínica. Similares observaciones, durante y después de aquella fecha, en otros grupos humanos, nos han convencido de que la inmunidad que puede desarrollarse en tuberculosis, no es segura ni predecible. El cuerpo humano manifiesta su mejor defensa contra el bacilo tuberculoso durante la primo-infección. Cuando mil personas (considérese la edad) son infectadas por primera vez y sus tejidos se vuelven hipersensibles a la tubérculo-proteína, algunas de ellas pronto presentan. síntomas tales como fiebre y otras manifestaciones alérgicas; luego después cuando las mismas mil personas son infectadas exogena o endogenamente, cuando sus tejidos ya están alérgicos, pronto presentan, en considerable número, tanto formas crónicas como agudas de tuberculosis clínica. y esto en pocas décadas subsiguientes.

Las formas agudas de tuberculosis, tipo de reinfección, tales como meningitis, enfermedad miliar y neumonía, pueden aparecer pronto, emerger en cualquier tiempo subsecuente. A medida que los años pasan, las formas crónicas de la enfermedad aparecen.

Rogen, establece que las lesiones tuberculosas clínicas se desarrollan subsecuentemente, alrededor de la mitad de las personas infectadas y que más del 10% de esas personas mueren, por último, de tuberculosis. De esa manera, la inmunidad segura no es evidente.

NO HAY CRITERIO PARA LA INMUNIDAD SEGURA

Cuando en 1920 comenzamos nuestros estudios creímos que podría tomarse en cuenta varios fenómenos como fundamento para la inmunidad. Así una gran cantidad de tejido fibroso visto en las radiografías o en la necropsia nos hizo pensar que podría tratarse de inmunidad. En realidad la presencia de tejido fibroso no es más que la respuesta a los excitantes, algunos de los cuales causan más fibrosis que el bacilo tuberculoso; el bióxido de sílice es un buen ejemplo. Los depósitos de sales nos hacen pensar en una excelente indicación para la inmunidad o resistencia, desarrolladas en alto grado contra el bacilo. Ahora sabemos que ese fenómeno no es específico para una determinada enfermedad. Ocurre en el tejido necrótico o en depósitos de pus de cualquier causa. En algunas áreas de este país, la mayor parte de los depósitos de calcio en los pulmones y ganglios son debidos más a infecciones por hongos que por bacilos tuberculosos.

Entre la exposición a la tuberculosis clínica y la aparición de la enfermedad transcurre un largo intervalo, entre meses y décadas. En muchas personas la enfermedad no se desarrolla nunca. Estos hechos fueron erróneamente interpretados como pruebas de inmunidad; en realidad ellos indican solamente que el mecanismo de defensa ha detenido al bacilo tuberculoso como lo hubiera hecho a las partículas de sílice. Por supuesto los descendientes de estos bacilos pueden escapar más tarde e invadir los tejidos alérgicos o puede ocurrir la reinfección exógena; la inmunidad no es segura para prevenir la formación de las lesiones clínicas. Por ejemplo, los niños que han estado en íntimo contacto con sus madres tuberculosas y que parecían en buena salud, después de la muerte de la madre nos hizo pensar que estaban inmunes, pero la observación reveló que 10 años después, 20 o 30 y aún más tarde en la vida, muchos de ellos caían enfermos de tuberculosis clínica lo que no dá confianza al clínico sobre la presencia de una inmunidad segura.

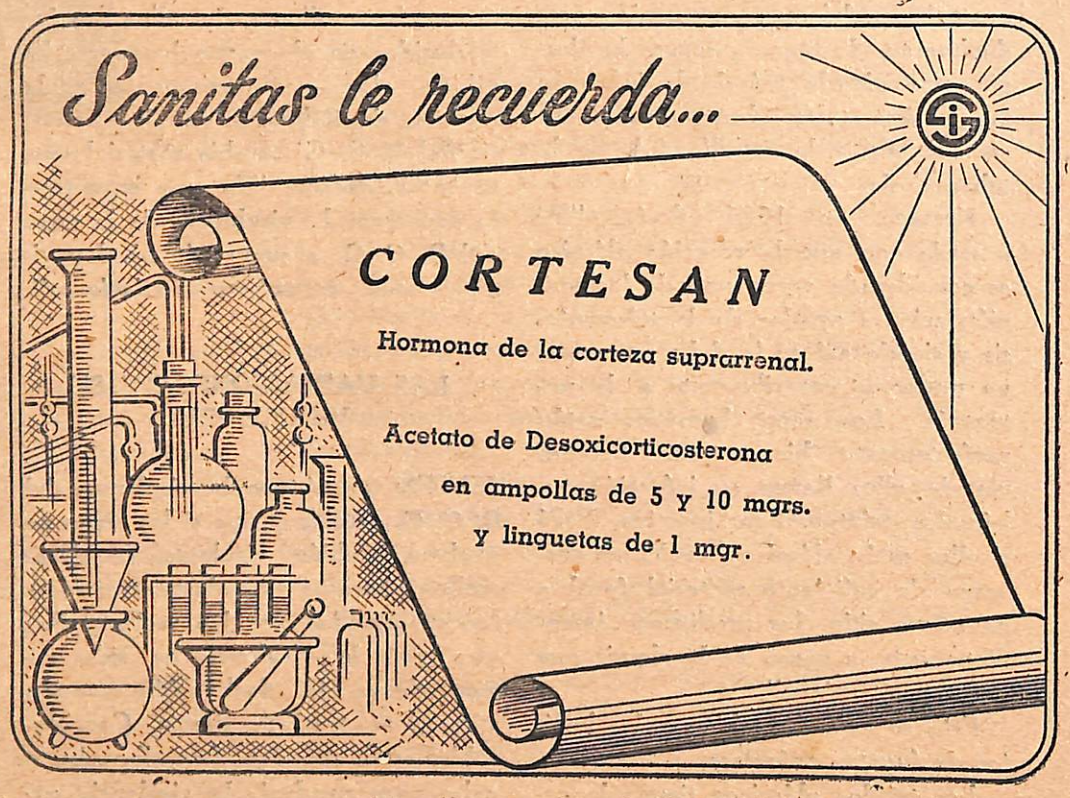
La reacción tuberculínica fué, también mirada como un criterio de inmunidad. No obstante, nuestras observaciones revelaron que solo era en los tuberculino positivos, igualmente niños y adultos, en quienes se desarrollaba la tuberculosis clínica. Además aproximadamente, cada persona en otros grupos de gentes, con probada tuberculosis, eran alérgicos a la tuberculo-proteína, siendo obvio, de esa manera, que eran pacientes con tuberculosis clínica potencial. Nuestra confianza en la reacción tuberculínica como criterio de inmunidad está completamente anulada.

Ritch, hizo un estudio detenido a este respecto y concluyó que no hay ley de paralelismo entre la hipersensibilidad y la resistencia adquirida en tuberculosis.

Con respecto al B. C. G., Dubos dice: "El desarrollo de una prueba tuberculínica positiva es universalmente usada como un criterio de que la vacuna ha prendido; pero desgraciadamente, como ya lo dijimos, la relación alergica tuberculinica e inmunidad es uno de los más oscuros asuectos de la patogenia de la tuberculosis".

Remarca que una prueba dirigida a medir la alergia estreptococcica no mide la resistencia a la infección, por analogía, la prueba tuberculínica no refleja necesariamente, inmunidad a la tuberculosis.

Dubos dice: es preciso que sea descubierta una técnica para la verdadera medida de la inmunidad (no alergia tuberculínica), a fin de que el programa de inmunización con el B. C. G., pueda ser inteligentemente controlada. Desgraciadamente estamos aún en completa ignorancia del mecanismo inmunológico, humoral o celular, en lo que se refiere a la tuberculosis. No es posible antes de eso, intentar alguna prueba de labo-



Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ratorio que pueda controlar la eficacia de la vacuna con el B. C. G.

Además, cómo aún no ha sido inventada, no sabemos ahora, cuanta o cuan poca inmunidad es adquirida por cualquier persona. Todo lo que sabemos con certidumbre es que la inmunidad que desarrolla no es segura. Muchas personas que han relatado estudios sobre la B. C. G. y bacilos tuberculosos vivos, han observado que la vacuna con estos bacilos no es más eficaz que la infección con bacilos tuberculosos virulentos. Desde que la infección natural ha fracasado para salvar el problema tuberculoso, no parece razonable creer que no será resuelto por algo mejor. La reacción a la tuberculina, es solamente una pruebo para la alergia.

ALERGIA INDESEABLE

Cuando vemos claramente que la alergia no es una expresión de inmunidad sino un prerrequisito para el desarrollo de las formas destructivas de tuberculosis, pensamos que la reacción a la tuberculina es indeseable, y, desde luego, debe ser evitada, si deseamos alcanzar el éxito en en el control de la tuberculosis. No tenemos razón para "producir deliberadamente tuberculosis con su acompañante hipersensibilidad a la tubérculo proteína, administran-do bacilos tuberculosos de reducida virulencia. Para nosotros, esto significa etsablecer el prerrequisto para la tuberculosis tipo reinfección, como puede ocurrir con la infección por bacilos tuberculoss virulentos. Nuestro propósito fué que empleando adecuados métodos fundamentales de control podríamos prevenir gradualmente, de manera segura la alergia, protegiendo así de la infección por bacilos tuberculosos, yendo de esa manera a la erradicación de la tuberculosis.

Krausse, en 1925, decía: "De acuerdo con que la reacción alérgica es considerada como una de las manifestaciones agudas de la tuberculosis y siendo así se la debe ver como un poderoso contribuyente a la patogenia. Los seres humanos están perfectamente bien, tanto tiempo, cuando ellos llevan su infección tubérculos asintomática, inactiva. Peró si ellos están alérgicos, cualquier descarga de suficiente material focal a un nuevo sitio, los predispone inmediatamente, a causa de la alergia que prontamente sigue".

Esto se aplica también a los bacilos de fuentes exógenas.

Los tejidos alérgicos tienen la capacidad de fijar temporalmente los bacilos tuberculosos en o cerca de los puntos de alojamiento. Aparentemente, este poder de fijar a descepcionado a muchos médicos durante décadas. Después que la alergia ha sido artificialmente creada y los bacilos tuberculosos son introducidos, su diseminación es temporalmente retardada. Por ejemplo: Krausse introdujo subcutáneamente bacilos tuberculoso en cobayas no alérgicos y encontró que algunos de los bacilos habían alcanzado los pulmones, gánglios linfáticos y vasos en cuatro días o menos. Estos animales murieron de tuberculosis, aproximadamente, en tres meses. El mismo experimento llevado a cabo en grupos de cobayas alérgicas mostró de los bacilos no habían alcanzado los pulmones, ganglios linfáticos y vasos sino al cabo de tres semanas o treinta días y estos animales murieron solo después de 10 a 11 meses; fué el poder de la alergia, el poder de fijar temporalmente los bacilos, que demoró el movimiento de éstos en los animales alérgicos, sin embargo, el último efecto fué idéntico. Este mismo fenómeno ha engañado a todos aquellos que han intentado producir inmunidad dando alergia a los tejidos.

LA INOCUIDAD DEL B. C. G. NO ESTA PROBADA

No obstante que Calmette mantuvo fuertemente que el B. C. G. era inocuo, no estamos capacitados para creer que ningún bacilo vivo, que fué una vez virulento, como para causar la muerte de animales en cuatro a seis semanas, pueda ser inocuo cuando muchos millones de ellos son introducidos en el cuerpo humano. Es sabido ahora contrariamente a la creencia de Calmette, que la virulencia del B. C. G. cambia materialmente. HOLM dice: "Es muy importante conservar la virulencia de la cepa del B. C. G. a su propio nivel y vigilar muy cerca sus variaciones".

LAS VARIACIONES DE SU VIRULENCIA

JENSEN anotó que la virulencia del B. C. G. cambia y que si las cepas se vuelven también virulentas se desarrollan abscesos con alarmantes efectos en aquellos que los reciben. Por otra parte la virulencia ha sido encontrada en la declinación cuando aún no se produce alergia. Considerables esfuerzos se han llevado a cabo para producir la virulencia correcta del B. C. G. y, entonces, trasladarlo, a menudo por aeroplano, hacia los niños que van a recibirlo. No pocas veces pensamos como puede cambiar la virulencia de los bacilos cuando son introducidos en los cuerpos de los niños.

Dubos (1949) observó que tres cepas de B. C. G. obtenidas de colecciones americanas diferían significativamente, en su capacidad para producir lesiones pulmonares en ratones, después que eran inyectados intravenosamente. Discutiendo el estado fisiológico de los animales usados para los estudios dice: "Así ha sido demostrado en el Laboratorio de Saranac, que la cepa R.I.R.V. (difícil de diferenciarla del B. C. G. en muchos aspectos) causa severas enfermedades en las cobayas silicóticas, pero no en las normales. También hemos encontrado en nuestros laboratorios que una de las cepas de B. C. G., comunmente usada para la inmunización, puede causar severa enfermedad pulmonar (y algunas veces muerte) cuando son inyectadas, en suficiente cantidad, en ratones con dieta diferente".

Estos hechos nos hace ver con gran alarma ¿Quién sabe el estado fisiológico de millones de niños que actualmente reciben el B. C. G.? Con referencia a esto, Dubos dice: "Es concebible que muchas clases de seres humanos estén más peligrosamente expuestos a la tuberculosis (por ejemplo aquellas que viven bajo el suministro inadecuado de alimentos) y que sean los menos capaces de responder satisfactoriamente a los procesos de inmunización".

Cuando el B. C. G. es administrado subcutáneamente se producen grandes abscesos en el sitio de inoculación con apreciable supuración de los ganglios regionales. Para evitar tal extensión de la enfermedad causada por el B. C. G., Rosenthal, en 1928, adoptó el método de la múltiple punctura. Sus esperanzas fueron satisfechas solo en parte, por que las lesiones siempre se produjeron. Por ejemplo: C. BLANCH y colaboradores (1948) relataron 12 casos de supuración de los ganglios linfáticos, como complicación de la administración del B. C. G. por el método de la múltiple punctura. Las reacciones consistieron en abscesos únicos o múltiples, infarto de los gánglios con formación de abscesos y fistulización. Esos abcesos tuberculosos característicos se abrieron y drenaron por muchos meses.

(Continuará)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NECROLOGIA

CONFIDENCIALMENTE...

In memoriam del Dr. Juan A. Werner

En las carillas en blanco que dejara dentro de "Archivos Tisiológicos Peruanos", noble empeño periodístico de Juan Werner, que recibimos poco antes del segundo mes de su muerte, hemos trazado estas líneas de homenaje.

G. D. B.

JUAN WERNER fué hombre de templado espíritu, generoso y consciente de sus deberes médico-sociales, poseía firme convicción intelectual y sentía el imperativo de trabajar para la cultura del Perú.

Apenas repuesto de sus quebrantos, despertaba su selecto espíritu y emprendía una nueva tarea.

En Chosica lo encontramos alguna vez (año 1947) agobiado por la disnea con su maletín cargado de los originales de "Archivos Tisiológicos Peruanos" entusiasmado en traducir el artículo del Doctor Yves Couzijou "La Tuberculosis".

DR. JUAN A. WERNER
+ El 11 de Abril de 1952.

Se acentuó el mal y tuvo que internarse en Lima.

Etapa de suma crueldad para el médico-paciente, que lo puso en el umbral de la muerte.

Triunfó su organismo y volvió a sus inquietantes tareas intelectuales. Logró publicar el primer número de sus "Archivos Tisiológicos" con un nutrido material que trasunta su gran emoción social. Cosecha así un nuevo triunfo. Vibró entonces la misma voz que desde el año 1930 despertara a mentes adormidas.

Después, estuvimos en senderos distintos, pero al final nos volvimos a encontrar —como en 1930 y 1947— y conversamos en el lenguaje de los que viven identificados en el más grande y noble ideal.

Maltratado por la vida, Juan A. Werner, mantuvo su alta calidad espiritual.

Escribió tratando siempre temas tisiológicos y gremiales con criterio moderno e incursionó con éxito en el campo médico-social, siendo uno de los pocos que batallaron en defensa del tuberculoso.

No estuvimos a su lado en las horas de festín, que no son de la verdad, sino en sus etapas creadoras.

En 1930, en que se conjugaron nuestros espíritus para dar vida a la "Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión" estuvimos juntos.

Peregrinos de un gran ideal fuimos, de hospital en hospital, invocando el apoyo indispensable para la gran obra de unidad médica.

En las caravanas que se organizaran a diversas regiones del país, sembrando los principios de dignidad y solidaridad médicas, compartimos los honores de tan hermosa tarea.

Después, una nueva Babel confundió a los hombres...

En la hora postrera de su vida nos volvimos a encontrar...

Engañado por los fariseos, agobiado por la vida, en veces desconfiado y dolorido por algún ideal marchito, Juan Werner, dejaba aflorar ese espíritu selecto, templado e inquieto que animó su mocedad y lo hice triunfar.

Pese a la materia contundida y quebradiza, Juan, ahora escondía la rica gema de su espiritualidad, que sutilmente descubriamos.

Y, conversamos breve, pero profundamente en el lenguaje de las almas...

La última vez estuve a su lado cuando yacía dormido eternamente!...

Era el momento que la materia corruptible había sido vencida, pero lo anímico resplandecía definitivamente; nuestros espíritus se apretaron en un eterno abrazo!...

Ahora me corresponde velar a ese espíritu forjador, generoso y humilde que hizo obra sincera en la familia médica y guardar devotamente el legado que me deja: La Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión", que es símbolo del empuje de una juventud que quizo la grandeza y la unidad médicas.

G. D. B.

SRTA. ELVIRA GARCIA Y GARCIA...

(Viene de la Pág. 1).

Mujer de destacada posición intelectual, hubo de ser mentora del movimiento feminista, enrumbándolo convenientemente.

Escritora de depurado elegante y sencillo estilo, ha producido hasta poco antes de su muerte, dejando muchas obras inéditas.

Su vida fué el mejor argumento que ofreció a sus alumnas en su misión educadora.

Nosotros hemos seguido muy de cerca la obra fecunda de la gran maestra y consideramos que ha hecho mucho por el bienestar social defendiendo al obrero, a la madre, al niño y al escolar, factores substantivos de la medicina social.

Ella colaboró, acaso sin saberlo, en la moderna orientación de la medicina, cuando aun los médicos la desconocían, porque ha llegado tarde hacia nosotros.

Le debemos, pues, a tan noble Maestra el homenaje de admiración y reconocimiento que hoy hacemos manifiesto desde estas columnas.

Elvira García y García, concretó en el lema: "Salvemos a los niños", todo un ideal de su vida y al proclamarlo hizo una rotunda notificación a quienes tienen en sus manos la responsabilidad de la vida y bienestar infantil.

Nosotros hemos recogido su clamor y seguiremos reclamando hasta que el niño peruano viva como lo anhelaba la eminente mujer desaparecida.

G. D. B.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

¿Qué fué lo que me dió, Doctor?

Tranquila y feliz, la madre expresa un vivo interés en el analgésico que la liberó de muchos sufrimientos.
El valor de "Trilene" en el parto es hoy ampliamente reconocido como el medio eficiente y agradable de producir una analgesia profunda y constante, segura para la madre y el niño.
"Trilene" se administra convenientemente en varios tipos de inhaladores compactos y manuables. Su uso no tiene contraindicaciones, y la recuperación del paciente es rápida sin los desagradables efectos ulteriores de la anestesia.
La analgesia con "Trilene" asegura la efectiva cooperación del paciente.

'TRILENE'

Tricloroetileno M. R.

ICI
M. R.

IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES
Soc. Anón. Peruana Com. e Industrial

Belén 1039 Lima Tel. 30077

COMPAÑIA DE IMPRESIONES Y PUBLICIDAD.—Azángaro 1005.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera